



BÅSTADS KOMMUN

Barn- och utbildningskontoret

Till vårdnadshavare med barn i förskola/skola

Ansökan om särskild kost, intyg födoämnesreaktioner

Elevens namn:	Förskola/skola
Födelsedatum:	Klass:
Vårdnadshavares namn:	Telefon bostad:
	Telefon arbete:
Adress:	Mobiltelefon:

Om jag äter något/några/flera av livsmedlen nedan reagerar jag med följande besvär (ange även hur snabbt reaktionen kommer). **Läkarintyg eller läkarutlåtande bifogas!**

Kryssa för vilket/vilka livsmedel som ska **uteslutas** ur maten.

Mjölk	Tomat		Övrigt (ange själv):
<input type="checkbox"/> Laktos *	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Nötter	_____
<input type="checkbox"/> Komjölksprotein	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Mandel	_____
<input type="checkbox"/> Fisk	Morot	<input type="checkbox"/> Apelsin	_____
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Rå	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	_____
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Tillagad	<input type="checkbox"/> Äpplen	_____
<input type="checkbox"/> Kyckling		<input type="checkbox"/> Jordgubbar	_____
<input type="checkbox"/> Jordnötter	Andra grönsaker	<input type="checkbox"/> Kiwi	_____
<input type="checkbox"/> Sojaprotein	eller rotfrukter	<input type="checkbox"/> Persika	_____
<input type="checkbox"/> Ärtor	(ange själv):	<input type="checkbox"/> Nektarin	_____
<input type="checkbox"/> Böner/Linser	_____	Annan frukt/bär:	_____
<input type="checkbox"/> Gluten	_____	_____	_____

* Hur mycket mjölk/fil/yoghurt tål Du per dag? _____ dl.

Till Dig som har kryssat för något/några alternativ i första kolumnen.
Vilka är dina favoriträtter? _____

Övriga upplysningar (ange t ex om livsmedlen ska uteslutas på grund av religiösa skäl): _____

Vårdnadshavarens underskrift: _____

Som förälder ansvarar Du för att måltidspersonalen meddelas om barnet är frånvarande från förskolan/skolan.

Telefonnummer till kock/kokerska: _____